



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES**  
**CORONEL XAVIER CHAVES - ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000

CNPJ – 18.557.546/0001-03

Tel.: (32) 3216-1053

**LEI Nº 1.564 DE 22 DE JANEIRO DE 2026**

***“Autoriza assinatura de convênio e concessão de subvenção social à Associação Filhas de São Camilo e dá outras providências.”***

A Câmara Municipal de Coronel Xavier Chaves/MG aprova e eu, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Fica o Executivo Municipal autorizado a assinar convênio e conceder, no exercício de 2024, subvenção social de até o valor de R\$ 62.100,00 (sessenta e dois mil e cem reais) com a Associação Filhas de São Camilo, Hospital Nossa Senhora do Rosário, CNPJ nº 61.986.402/0007- 97, entidade filantrópica que participa de forma complementar do Sistema Único de Saúde, objetivando o atendimento a saúde.

**Parágrafo único.** A minuta do convênio e do plano de trabalho constam do Anexo Único, que passa a fazer parte integrante da presente lei.

**Art. 2º** Para receber os recursos financeiros autorizados por esta lei, a entidade beneficiada deverá:

I - Apresentar os seguintes comprovantes de regularidade fiscal e idoneidade:

- a) comprovante de cadastro da entidade no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- b) Certificação de Entidade Beneficente De Assistência Social – CEBAS na área da saúde, publicado no Diário Oficial da União (DOU);
- c) Comprovante de CNPJ;
- d) Cópia do Estatuto, Contrato Social ou documentos equivalentes;
- e) Ata de posse do mandato da atual diretoria;
- f) Cópia do CPF e Carteira de Identidade do Presidente ou representante legal da entidade;
- g) Certidão da Regularidade para com a Fazenda Municipal;
- h) Certidão da Regularidade para com a Fazenda Estadual;
- i) Certidão Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
- j) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- k) Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviços – FGTS;

II – Firmar convênio específico, contendo as normas para realização da parceria, cronograma de repasses e prazos de aplicação dos recursos e prestação de contas, cuja minuta passa a fazer parte integrante da presente lei;

**Parágrafo único.** As informações relativas ao estatuto social e relação nominal dos dirigentes da entidade, bem como o Convênio firmado com o Poder Executivo Municipal,



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES**  
**CORONEL XAVIER CHAVES - ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000

CNPJ – 18.557.546/0001-03

Tel.: (32) 3216-1053

deverão ser disponibilizadas aos cidadãos, nos termos da Lei Federal n.º 12.527 de 18 de novembro de 2011 e legislação municipal sobre acesso a informação pública.

**Art. 3º** As obrigações trabalhistas e fiscais decorrentes da execução do objeto da parceria a ser firmada são de responsabilidade exclusiva da Associação Filhas de São Camilo.

**Art. 4º** A prestação de contas será analisada pelo Controle Interno do Município, nos termos do art. 26 da Lei Complementar n.º 101 de 4 de maio de 2000, instruções normativas do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais e do Controle Interno do Município, e sua aprovação é condição para recebimento de novos recursos municipais.

**Art. 5º** As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta de dotações consignadas no orçamento do exercício de 2026.

**Art. 6º** O Município manterá o repasse financeiro mencionado nesta lei, no limite de suas possibilidades financeiras, podendo suspendê-lo mediante notificação por escrito.

**Art. 7º.** Esta Lei entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Coronel Xavier Chaves, 22 de janeiro de 2026.

Sidinei Resende Paiva  
Prefeito Municipal



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES**  
**CORONEL XAVIER CHAVES - ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000

CNPJ – 18.557.546/0001-03

Tel.: (32) 3216-1053

**ANEXO**

**TERMO DE REPASSE DE SUBVENÇÃO SOCIAL Nº ..... DE ..... DE .....  
DE .....**

**REPASSE DE SUBVENÇÃO  
SOCIAL QUE ENTRE SI  
CELEBRAM A PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
..... E A  
....., OBJETIVANDO A  
MANUTENÇÃO DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA NA ÁREA DA  
SAÚDE.**

Por este instrumento particular de **TERMO DE REPASSE DE SUBVENÇÃO SOCIAL** que celebram entre si de um lado o MUNICÍPIO DE CORONEL XAVIER CHAVES, pessoa jurídica de direito público interno, através da Secretaria Municipal de .....

com sede à  
Rua

..... nº ....., em  
..... (MG), inscrito no CNPJ sob nº .....,  
neste ato

representado pelo Sr. Prefeito Municipal ....., brasileiro, ,  
....., inscrito no CPF nº ..... e no RG sob o nº .....

doravante denominada simplesmente **MUNICÍPIO**, e de outro  
lado o

....., entidade pública de direito privado sem fins lucrativos,  
com sede à

..... nº ..... em .....MG, inscrito no CNPJ  
sob nº .....

....., neste ato representada pelo seu Presidente , portador  
do RG nº..... e do CPF nº ....., residente e  
domiciliado à

....., doravante denominada simplesmente **ENTIDADE**,  
resolvem o seguinte:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente instrumento tem por objeto a concessão de subvenção social objetivando a manutenção do serviço de atendimento de urgência e emergência na área da saúde, oferecido nas dependências da **ENTIDADE**.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS RECURSOS**

O **MUNICÍPIO** repassará a título de subvenção, no presente exercício, até o valor total de 62.100,00 (sessenta e dois mil e cem reais), em parcelas mensais e consecutivas (ou em parcela única), conforme cronograma financeiro abaixo especificado:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES**  
**CORONEL XAVIER CHAVES - ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000

CNPJ – 18.557.546/0001-03

Tel.: (32) 3216-1053

MÊS	DATA PARA LIBERAÇÃO	VALOR	MÊS	DATA LIBERAÇÃO	VALOR
JANEIRO			JULHO	20/07	R\$ 5.645,00
FEVEREIRO	20/02	R\$ 5.645,00	AGOSTO	20/08	R\$ 5.645,00
MARÇO	20/03	R\$ 5.645,00	SETEMBRO	20/09	R\$ 5.645,00
ABRIL	20/04	R\$ 5.645,00	OUTUBRO	20/10	R\$ 5.645,00
MAIO	20/05	R\$ 5.645,00	NOVEMBRO	20/11	R\$ 5.645,00
JUNHO	20/06	R\$ 5.645,00	DEZEMBRO	20/06	R\$ 5.645,00

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta da seguinte dotação consignada no orçamento vigente:

Unidade:.....

Função: ..... – .....

Sub-Função: ..... – .....

Programa: .....

Atividade: - .....

Classificação da despesa:

....0.00.00.00 – .....

.....00.00.00 – .....

.....00.00 - .....

.....00 – ..... – ..... R\$

.....

*Grupo da fonte e destinação de recursos:* 1 – Recurso de exercício corrente

*Especificação da fonte e destinação de recursos:* 00 – Recursos Ordinários.

**Subcláusula única**

Caso sejam firmados Termos Aditivos ao presente Termo de Parceria, o MUNICÍPIO indicará, nos respectivos instrumentos, os créditos e empenhos para a cobertura de cada parcela a ser transferida.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

I - O MUNICÍPIO obriga-se a:

- Repassar os recursos necessários ao desenvolvimento do objeto da presente parceria nas datas definidas no cronograma de financeiro especificado na Cláusula Segunda;
- Acompanhar e fiscalizar a execução do convênio;
- Emitir parecer conclusivo de análise da prestação de contas.

II - A ENTIDADE obriga-se a:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES**  
**CORONEL XAVIER CHAVES - ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000

CNPJ – 18.557.546/0001-03

Tel.: (32) 3216-1053

- a) Prestar serviços conforme Plano de Trabalho;
- b) Aplicar os recursos financeiros e rendimentos de aplicação financeira oriundos da subvenção de que trata este convênio exclusivamente no objeto estabelecido na Cláusula Primeira.
- c) Prestar contas da parcela dos recursos recebidos, respeitando as instruções específicas do Controle Interno Municipal e demais instruções dos órgãos de fiscalização, quadrimestralmente;
- d) Responsabilizar-se exclusivamente pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, em estrita observância ao plano de trabalho;
- e) Responsabilizar-se exclusivamente pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relativos ao funcionamento da instituição e ao adimplemento do presente convênio, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária do **MUNICÍPIO** os respectivos pagamentos, qualquer oneração do objeto do convênio ou restrição à sua execução
- f) Permitir o livre acesso dos membros do Controle Interno Municipal e do Tribunal de Contas do Estado correspondentes aos processos, aos documentos, às informações referentes aos instrumentos de transferências regulamentados por esta Lei, bem como aos locais de execução do objeto;
- g) Assegurar aos órgãos fiscalizadores as condições necessárias ao acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução dos resultados do objeto deste Convênio;
- h) Prestar esclarecimentos e apresentar documentos complementares necessários ao julgamento das contas, sempre que solicitado.

**CLÁUSULA QUINTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A prestação de contas quadrimestral deverá conter os seguintes documentos:

- a) Relatório de atendimentos no período;
- b) Relatório da receita e das despesas;
- c) Relatório de pagamentos;
- d) Extrato bancário abrangendo todo o período de execução do convênio (conta corrente e aplicação);
- e) Notas fiscais e outros documentos comprovantes das despesas;
- f) Comprovantes de pagamentos;
- g) Notas explicativas e outros documentos que se fizerem necessários.

**CLÁUSULA SEXTA - RESTITUIÇÃO**

Em caso de uso irregular ou indevido dos recursos repassados à **ENTIDADE** será notificado a restituir, no prazo de 30 (trinta) dias, os valores, atualizados a partir da data de recebimento pelos Fatores de Atualização Monetária do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, juros e atualizações monetárias.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA**

O presente convênio terá vigência até ..... , podendo ser aditivado por igual período.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES**  
**CORONEL XAVIER CHAVES - ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000

CNPJ – 18.557.546/0001-03

Tel.: (32) 3216-1053

**CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO**

Este Convênio poderá ser aditado ,

**CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO**

Este Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo e por iniciativa que qualquer dos partícipes, devendo a outra parte ser comunicada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ressalvada a hipótese de rescisão por descumprimento de suas cláusulas ou por infração legal.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO**

Será competente o foro da Comarca de ..... para dirimir eventuais dúvidas suscitadas

por força do presente Convênio, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem acordes, firmam os partícipes o presente, em 3 (três) vias de

i

igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo indicadas.

Prefeitura Municipal de ...../MG, ..... de..... de 2026.

\_\_\_\_\_  
**Prefeito Municipal**

\_\_\_\_\_  
**Presidente**

Testemunhas:

1 - \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

2 - \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:



Associação Filhas de São Camilo  
**Hospital Nossa Senhora do Rosário**

CNPJ: 61.986.402/0007-97

Insc. Mun.: 0200000531 – Insc. Est.: Isento

<b>PLANO DE TRABALHO</b>		<b>Ano: 2026</b>
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE</b>		
NOME DA ENTIDADE <b>Associação Filhas de São Camilo/ Hospital Nossa Senhora do Rosário</b>		CNPJ <b>61.986.402/0007-97</b>
ENDEREÇO DA SEDE <b>Praça Cônego Cardoso, 142 – Centro – Resende Costa/MG</b>		
TELEFONE DE CONTATO 1: <b>(32) 3354-1211</b>	TELEFONE DE CONTATO 1: <b>(32) 9 9167-0060</b>	E-MAIL: <b>fsclellisadm@yahoo.com.br</b>
RESPONSÁVEL LEGAL E CONTATO: <b>Lediani Terezinha Nicolli (32) 9 9121-9854</b>		CARGO: <b>Diretora Administrativa</b>
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR: <b>RG: 62.345.563-8 SSP/SP</b>	CPF:	PERÍODO DO MANDATO: <b>03/01/2025 à 02/01/2028</b>
ENDEREÇO RESIDENCIAL DO RESPONSÁVEL LEGAL: <b>Praça Cônego Cardoso, 142 – Centro – Resende Costa/MG</b>		
NOME DO BANCO: <b>Banco do Brasil</b>	Nº DA AGÊNCIA: <b>2522-4</b>	Nº DA CONTA CORRENTE: <b>15.171-8</b>
<b>II. CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA</b>		
TÍTULO: <b>Atendimento Médico Especializado</b>		
ÁREA DE ATENDIMENTO: <b>Saúde - Hospitalar</b>	PÚBLICO ALVO <b>População, em geral, que necessite de atendimento médico hospitalar</b>	
PRAZO DE EXECUÇÃO: <b>02/2026 à 12/2026</b>		
<b>REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DE PARCERIA</b>		
<b>Atendimento de serviços médicos de fevereiro a dezembro do ano de 2026.</b>		
<b>III. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE LOCAL E JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DA PARCERIA</b>		
BREVE HISTÓRICO DA ASSOCIAÇÃO E RELATO DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA NO OBJETO DA PARCERIA OU EM OBJETOS SEMELHANTES <b>O Hospital Nossa Senhora do Rosário, é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, cadastrado no CNES sob o nº 2139626, tendo como mantenedora a Associação Filhas de São Camilo, com a matriz em São Paulo. O hospital atua na área de saúde em Resende Costa há mais de 70 anos, com o objetivo de dar assistência a população de Resende Costa e região por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, abrangendo a grande parte da população, prestando os serviços em Exames de Análises Clínicas, Raio-X, Mamografia, Eletrocardiograma, Consultas Especializadas, Atendimento de Pronto Socorro, Internações Clínicas de Urgência e Internações Cirúrgicas eletivas. A instituição recebe, constantemente, doações e, dentre elas, de alimentos.</b>		
IMPACTO SOCIAL ESPERADO COM A EXECUÇÃO DO PROJETO <b>Com o repasse do recurso, o Hospital Nossa Senhora do Rosário contribuirá na redução de filas referente nos atendimentos em especialidades ambulatorial.</b>		
<b>IV. METAS A SEREM ATINGIDAS</b>		



Associação Filhas de São Camilo  
**Hospital Nossa Senhora do Rosário**

CNPJ: 61.986.402/0007-97

Insc. Mun.: 0200000531 – Insc. Est.: Isento

Nº	Descrição da Meta	Atividades ou projetos a serem executados	Indicador de aferição do cumprimento da meta
01	Atendimento médico especializado de fevereiro à dezembro de 2026.	<b>Atendimentos ofertados por mês, de fevereiro à dezembro de 2026:</b> 03 atendimentos estimativos de pequenos procedimentos ambulatorial (cisto sebáceo, nevos cutâneos, ceratose actínica e outras lesões de pele, lipoma, lobuloplastia, cantoplastia, exérese de queloides, exérese ungueal, cauterização de verrugas plantares – HPV até 3 lesões, biópsia incisionais em grandes lesões suspeitas de CBC ou CEC, exérese de pequenas lesões suspeitas de CBC e CEC ou outras lesões pré cancerosas como cultâneo, exérese de granuloma, exérese de corpo estranho e postectomia - conforme a idade) e 30 consultas eletivas em especialidades (cardiologia – 13 consulta, ortopedia – 13 consultas e otorrino – 04 consultas), conforme a disponibilidade do profissional no período solicitando o serviço. Observação: Referente aos atendimentos de janeiro, os mesmos serão redistribuídos nos meses subsequentes, conforme a demanda do município.	Apresentação de orçamentos e documentos fiscais.

#### V. PREVISÃO DAS RECEITAS E DAS DESPESAS

Receita(s)	Despesa(s)
Plano de Trabalho no valor de R\$ 62.100,00 (sessenta e dois mil e cem reais). O montante será pago em 12 (doze) parcelas iguais à R\$ 5.175,00.	Aquisição de material de consumo e outras despesas com custeio e despesas com profissionais (funcionários e médicos).
Total da Receita: R\$ 62.100,00	Total da Despesa: R\$ 62.100,00

#### VI. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS

Ação	Descrição	Unidade	Quant./ Período	Valor Unitário	Valor Total
Atendimento médico-hospitalar	Consultas e procedimentos especializados	Mês	10	R\$ 5.645,45	R\$ 56.454,50
			01	R\$ 5.645,50	R\$ 5.645,50
<b>TOTAL:</b>					<b>R\$ 62.100,00</b>



Associação Filhas de São Camilo  
**Hospital Nossa Senhora do Rosário**

CNPJ: 61.986.402/0007-97

Insc. Mun.: 0200000531 – Insc. Est.: Isento

## VII. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO

Mês	Data máxima para liberação	Valor	Mês	Data máxima para liberação	Valor
Janeiro	–	R\$ 0,00	Julho	20/07/2026	R\$ 5.645,45
Fevereiro	20/02/2026	R\$ 5.645,50	Agosto	20/08/2026	R\$ 5.645,45
Março	20/03/2026	R\$ 5.645,45	Setembro	20/09/2026	R\$ 5.645,45
Abril	20/04/2026	R\$ 5.645,45	Outubro	20/10/2026	R\$ 5.645,45
Maiο	20/05/2026	R\$ 5.645,45	Novembro	20/11/2026	R\$ 5.645,45
Junho	20/06/2026	R\$ 5.645,45	Dezembro	20/12/2026	R\$ 5.645,45

## VIII. PRESTAÇÃO DE CONTAS

Descrição	Prazo Máximo para Entrega*	Prazo Máximo para Análise*
Prestação de Contas Parcial	30/07/2026	
Prestação de Contas Final	31/01/2027	

*Caso a data especificada recaia em feriado municipal ou ponto facultativo nas repartições públicas, a prestação de contas deverá ser entregue no dia útil imediatamente posterior.*

VENHO SUBMETER À APRECIÇÃO DESTA PREFEITURA O PRESENTE PLANO DE TRABALHO TENDO EM VISTA REPASSE DE RECURSOS ATRAVÉS DO TERMO DE FOMENTO/ TERMO DE COLABORAÇÃO.



Documento assinado digitalmente  
LEDIANI TEREZINHA NICOLLI  
Data: 06/01/2026 11:55:11-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Resende Costa/MG, 23 de dezembro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Lediani Terezinha Nicolli

Proponente

Valor Aprovado:

APROVO O PRESENTE PLANO DE TRABALHO E AUTORIZO A CELEBRAÇÃO DO TERMO DE FOMENTO/ TERMO DE COLABORAÇÃO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Sidinei Resende Paiva

Prefeito Municipal de Coronel Xavier Chaves